



## CONSEIL EXECUTIF

Quatre-vingt-neuvième session

Point 23.1 de l'ordre du jour

# INITIATIVE D'ACCRA SUR LA SANTE : DECLARATION ET PROGRAMME D'ACTION

L'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec le Gouvernement ghanéen et sous le patronage de l'épouse du Président du Ghana, a organisé un forum international sur "la santé, condition du développement économique : rompre le cercle de la pauvreté et des iniquités", qui s'est tenu à Accra (Ghana) du 4 au 6 décembre 1991. Ce forum a débouché sur une déclaration et un programme d'action.

L'initiative d'Accra est un événement décisif qui montre la voie à suivre pour placer la protection et l'amélioration de la santé au centre même des politiques économiques et des stratégies de développement.

L'Assemblée générale des Nations Unies, dans sa résolution 46/17, s'est félicitée de la tenue de ce forum international et a invité tous les Etats Membres, les organismes des Nations Unies, les institutions spécialisées et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales à soutenir le forum.

Le Directeur général invite les membres du Conseil à approuver la Déclaration et le programme d'action issus de l'initiative d'Accra sur la santé qui figurent dans le document ci-joint et à les transmettre à l'Assemblée mondiale de la Santé.

**RÉUNION INTERPAYS SUR LA SANTÉ,  
CONDITION DU DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE**

**ROMPRE LE CERCLE DE LA PAUVRETÉ ET DES INIQUITÉS**

**4-6 DÉCEMBRE 1991, ACCRA, GHANA**

**INITIATIVE D'ACCRA SUR LA SANTÉ:  
DECLARATION ET PROGRAMME D'ACTION**

\* Nous, participants à ce Forum International où nous représentons différentes régions du monde, avons défini un sentiment nouveau de profonde solidarité humaine; une solidarité née de notre souci commun de protéger, améliorer et enrichir la qualité de la vie. Nous avons reconnu que l'enrichissement de la qualité de la vie est indissociable de notre capacité de protéger la santé de l'homme. Nous savons que toutes nos sociétés connaissent, en ce qui concerne leur état de santé, une crise aux dimensions mondiales. Cette crise, qui impose à la population de vastes zones du monde en développement une mauvaise santé persistante et des souffrances inutiles, est liée à l'extrême pauvreté et à l'analphabétisme. Elle se reflète dans des pathologies et des formes nouvelles de vulnérabilité qui sont le résultat de nos modes de développement.

\* Les stratégies de développement n'ont pas eu d'impact significatif sur les groupes hautement vulnérables qui représentent près d'un cinquième de la population mondiale. L'importance et la situation de ces groupes sont les meilleurs indicateurs de l'efficacité des stratégies de développement. Pour combattre cette vulnérabilité, il faut une stratégie qui permette de s'attaquer simultanément à un mauvais état de santé, à la baisse des revenus et de la productivité, au manque d'accès aux connaissances et aux compétences et à un état d'impuissance, tous ces facteurs coexistant et, étroitement liés, se renforçant mutuellement. Ce type de stratégie met la santé au centre du développement, à la fois comme un moyen essentiel et comme un résultat vital et ardemment souhaité.

\* Tel qu'il était conçu jusqu'ici, le développement était associé à l'idée un peu simpliste que la croissance économique seule entraîne automatiquement une amélioration de la situation sanitaire et de la qualité de la vie. La protection et l'amélioration de la qualité de la vie se sont avérées beaucoup plus complexes et difficiles qu'on ne l'avait envisagé. La voie dans laquelle se sont engagés les pays développés a conduit à l'apparition de facteurs de vulnérabilité et de risque pour la santé et la qualité de la vie dont la diversité va croissant et qui sont parvenus à la limite du supportable. Il faut éliminer ces facteurs dans les pays développés et les éviter dans le monde en développement. La recherche d'un développement équilibré pour des modes de vie acceptables incombe aux riches comme aux pauvres, aux pays développés et aux pays en développement. Le souci de préserver la santé de l'homme doit être au centre de cette recherche.

\* Nous partageons ce souci qui est lié à la protection de l'environnement. La dégradation de l'environnement et la pollution qui ont accompagné l'industrialisation sont sans aucun doute l'une des principales causes des nouveaux risques pour la santé et de la diminution de la qualité de la vie. Toutefois, les problèmes liés aux modes de vie préjudiciables à la santé et à l'apparition de groupes vulnérables, la propagation rapide de maladies comme le SIDA, la persistance de la malnutrition associée à une faible mortalité, mais à une forte morbidité, la flambée rapide des dépenses de santé ont une identité propre et ne sauraient être réduits à des problèmes d'environnement. Ils exigent une attention mondiale. Ainsi, le souci de préserver la santé humaine devient une force de cohésion dans un monde divisé.

\* Il faut constamment rappeler aux responsables de l'élaboration des politiques et des plans de développement que la santé est un bien unique. Elle est indissociable de l'état de bien-être qui est l'objectif ultime de tout développement. On ne saurait lui substituer des gains économiques. Il faut donc que les objectifs de santé régissent l'élaboration des politiques de développement. En ce sens, la santé doit être une condition de la prise de décisions économiques. S'il est accepté, ce principe exigera que soient profondément modifiés les approches nationales et internationales du développement ainsi que les cadres politiques qui gouvernent l'attribution des ressources et le choix des investissements.

Compte tenu de ce qui précède, nous demandons instamment ce qui suit :

- \* L'état de santé doit être au même rang que les autres grands critères en fonction desquels est évaluée la qualité du développement.
- \* Chaque société doit établir et définir son propre profil de vulnérabilité en utilisant l'état de santé comme indicateur clé.
- \* Il faut que les stratégies de développement soient fondées sur les liens indissociables entre état de santé et bien-être et productivité économiques, surtout dans le cas des groupes hautement vulnérables.
- \* Les populations doivent pouvoir avoir accès à des informations sur la santé sous une forme qui leur permette d'accroître leur autonomie et leur capacité de s'adapter à un environnement sanitaire qui évolue rapidement.
- \* Les activités de promotion de la santé devraient être associées aux investissements, aux opérations génératrices de revenus et aux entreprises économiques.

Pour atteindre ces objectifs, les participants à ce Forum international proposent le programme suivant :

- \* Un groupe représentatif de pays devrait collaborer avec l'Organisation mondiale de la Santé et les organisations internationales compétentes pour appliquer les principes de la conditionnalité en matière de santé aux situations dans les pays et obtenir des modèles et systèmes reproductibles à l'échelle mondiale.
- \* Il faudrait étudier la possibilité de créer un fonds spécial international, qui ferait fonction de catalyseur lorsqu'il s'agira d'associer des objectifs sanitaires aux opérations de prêt pour des entreprises économiques, notamment axés sur les besoins de groupes vulnérables. Ce fonds pourrait être organisé sous la forme d'une organisation non gouvernementale internationale et agir par l'intermédiaire et avec la collaboration d'organismes nationaux de prêt et d'organisations non gouvernementales.

- \* Il faudrait fournir un effort spécial, au niveau international, pour mettre en place les systèmes et mécanismes nécessaires à la prise en compte de critères d'ordre sanitaire lors de l'attribution des ressources, des investissements et des prêts bancaires aux niveaux macro- et microéconomiques. Le but sera d'établir un lien entre les activités et investissements liés à la protection et à la promotion de la santé et les investissements et entreprises économiques.
- \* Le souci mondial de protéger et de promouvoir la santé et la qualité de la vie, la décision d'orienter les stratégies de développement en fonction de la santé et la recherche de solutions communes, par les pays développés et en développement agissant ensemble, à la crise qui se dessine dans le domaine de la santé pourraient être exprimés dans une Convention Mondiale de la Santé, intégrant les éléments essentiels à la sauvegarde de la santé.
- \* Le programme exposé ici devrait être examiné à une conférence au sommet en 1994. L'Organisation Mondiale de la Santé et ses Etats Membres auraient ainsi le temps de prendre des mesures pour répondre à certaines des propositions contenues dans ce programme.
- \* Un groupe d'étude international devrait être chargé d'étudier les incidences et la conception d'un programme approprié.
- \* Les participants au Forum International prient l'Organisation Mondiale de la Santé de transmettre la présente Déclaration et les autres documents y relatifs à l'Assemblée mondiale de la Santé, au Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies et, par son intermédiaire, à l'Assemblée générale des Nations Unies.

**FORUM INTERNATIONAL**  
**SUR LA SANTE, CONDITION DU DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE.**  
**ROMPRE LE CERCLE DE LA PAUVRETE ET DES INIQUITES**

*ACCRA, (GHANA)*  
*4-6 DECEMBRE 1991*

**RAPPORT RECAPITULATIF**

## **INTRODUCTION**

L'Organisation mondiale de la Santé, en collaboration avec le Gouvernement ghanéen et sous les auspices de l'épouse du Président ghanéen, Mme Nana Konadu Agyeman-Rawlings, a organisé un forum international sur "la santé, condition du développement économique: rompre le cercle de la pauvreté et des iniquités", tenu à Accra (Ghana) du 4 au 6 décembre 1991.

### **Objectifs**

Le forum international avait pour objectif d'analyser les moyens :

- a) de protéger et de promouvoir l'état de santé des groupes vulnérables lors de la formulation de politiques économiques et de stratégies de développement;
- b) d'encourager les pays et les organisations à utiliser, notamment en ce qui concerne les groupes les plus vulnérables, des indicateurs de l'état de santé, qui constituent un instrument important du développement en général et du développement économique en particulier;
- c) d'éviter et/ou de réduire l'impact négatif que peuvent avoir les politiques économiques sur l'état de santé et de veiller à ce que les objectifs économiques et sanitaires aillent de pair dans la planification du développement et dans sa mise en oeuvre;
- d) d'utiliser des critères de santé en octroyant des crédits aux groupes les plus vulnérables et désavantagés;
- e) d'utiliser l'alphabétisation fonctionnelle comme un processus d'habilitation pour donner aux groupes vulnérables les moyens d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires dans les domaines de l'économie et de la santé et d'améliorer leur état de santé et leur qualité de vie.

### **Documentation**

La documentation du forum international comprenait un rapport de base intitulé "Santé et réformes économiques" ainsi qu'un exposé thématique des sujets les plus importants qui ont été abordés. En outre, des rapports sur les expériences nationales et des vidéos concernant cinq projets de pays (Egypte, Ghana, Nigéria, Zambie et Zimbabwe) étaient également disponibles. Ces cinq projets de pays intéressant des femmes vulnérables de communautés désavantagées consistaient à introduire des activités économiques, des classes d'alphabétisation fonctionnelle et des activités de santé à base communautaire considérées comme les principaux piliers de l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de la vie des femmes les plus vulnérables.

Les participants ont également eu l'occasion de visiter une exposition consacrée à ces projets où l'on pouvait voir des matériels d'alphabétisation fonctionnelle mis au point et des exemples d'activités entreprises dans le domaine de la santé. Des articles produits pas des femmes dans le cadre d'activités économiques étaient en vente lors du forum.

## ***PARTICIPATION ET ORGANISATION DES TRAVAUX***

Le forum regroupait des responsables politiques et des décideurs des pays de toutes les régions de la planète, des organisations non gouvernementales et des établissements représentant un large éventail de domaines d'intérêt, notamment des groupes communautaires engagés dans des activités sanitaires, économiques ou de formation et des établissements octroyant des prêts et des crédits aux groupes vulnérables.

Ont pris part au forum des invités d'honneur - parmi lesquels figuraient des chefs d'Etat et des épouses de chefs d'Etat - et les représentants au plus haut niveau de secteurs comme l'agriculture, l'éducation, l'environnement, les finances, les affaires étrangères, la santé, l'intérieur et la planification. D'importants organismes bilatéraux et multilatéraux dont plusieurs appartenant au système des Nations Unies étaient également représentés.

Le forum a été présidé par Mme Nana Konadu Agyeman-Rawlings, épouse du Chef d'Etat ghanéen et Présidente du Mouvement des Femmes du 31 décembre; le Rapporteur général était M. Godfrey Gunatilleke.

Les Secrétaires généraux du forum étaient le Dr Aleya El Bindari Hammad et Mme Franceska Issaka.

### ***Discours***

Le discours liminaire a été prononcé par le Flight Lieutenant Jerry John Rawlings, Chef de l'Etat du Ghana et Président du Conseil national de Défense provisoire.

Les allocutions de bienvenue ont été prononcées par Mme Nana Konadu Agyeman-Rawlings ainsi que par le Dr Hiroshi Nakajima, Directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé. Les remerciements lors de la séance d'ouverture ont été présentés par Dame Nita Barrow, Gouverneur général de la Barbade.

Des exposés de base sur chacun des thèmes abordés ont été présentés par les personnalités suivantes :

- Mme Nana Konadu Agyeman-Rawlings (Ghana) - Le concept de vulnérabilité;
- Mme Suzanne Mubarak (Egypte) - L'état de santé des groupes vulnérables : un indicateur du développement;
- Mme Myriam Babangida (Nigéria) - La santé et le rôle des établissements financiers;
- Mme Tsungirai Hungwe représentant Mme Sally Mugabe (Zimbabwe) - L'alphabétisation fonctionnelle : un moyen d'habilitation.

Après chaque exposé de base, les observations ont été présentées par des représentants des organismes des Nations Unies et notamment par :

- M. Idriss Jazairy, Président du Fonds international pour le Développement agricole (FIDA);
- Dr Kenneth Dadzie, Secrétaire général de la Conférence des Nations Unies sur le Commerce et le Développement (CNUCED);



Dr William Mansfield III, Directeur exécutif adjoint du Programme des Nations Unies pour l'Environnement (PNUE).

### *Cérémonie de clôture*

La cérémonie de clôture a été présidée par le colonel E. M. Osei Owusu, Ministre ghanéen de la Santé.

Un projet de déclaration et de programme d'action intitulé l'initiative d'Accra sur la santé a été lu solennellement par Dame Nita Barrow, Gouverneur général de la Barbade. Les paragraphes préambulaires de la déclaration reprennent les principales conclusions par thème et contiennent des suggestions concrètes sur les mesures à prendre.

Le Directeur général adjoint de l'Organisation mondiale de la Santé, le Dr M. L. Abdelmoumène, a présenté les remarques finales au nom de l'Organisation mondiale de la Santé et le Dr (Mme) Mary Grant, membre du Conseil national de Défense provisoire chargée de la santé et de l'éducation, a prononcé l'allocution de clôture au nom du Gouvernement ghanéen.

### *Organisation des travaux*

Les quatre thèmes du forum ont été examinés au cours de trois séances plénières. Chaque thème a ensuite fait l'objet d'une table ronde avec participation du public. Les groupes de participants à ces tables rondes étaient présidés et composés comme suit :

#### **Groupe sur la notion de vulnérabilité et l'état de santé des groupes vulnérables comme indicateur du développement**

##### **PRESIDENT :**

Dr A. Novello, Surgeon General, Etats-Unis d'Amérique

##### **MEMBRES :**

Dr A. R. Ababio, Ghana, Secrétaire adjoint à la Santé, Conseil national de Défense provisoire

M. Castellanos, Honduras, Ministre de la Santé

Baroness Gloria Hooper, Royaume-Uni, Parliamentary Under-Secretary of State for Health

Mme A. S. Murpratomo, Indonésie, Ministre d'Etat chargée du rôle des femmes

Professeur O. Ransome-Kuti, Nigéria, Ministre de la Santé

Dr Patricio Silva, Chili, Vice-Ministre de la Santé

Mme V. Sekitoleko, Ouganda, Ministre de l'Agriculture, de l'Elevage et de la Pêche

Dr (Mme) M. Violaki-Paraskeva, Grèce, Directrice générale honoraire de la Santé et Conseillère du Ministre de la Santé

Dr H. Voigtländer, Allemagne, Directeur des Relations internationales au Ministère de la Santé

**INTERVENANTS :**

Mme A. Gindy, Egypte, Comité d'orientation international du forum  
Mme M. Mpare, Ghana, Equipe interpays  
Dr (Mme) G. Hafez, Conseillère régionale MCH/EMRO

**Groupe sur la santé et le rôle des établissements financiers**

**PRESIDENT :**

M. M. Thorpe, Ambassadeur, Représentant permanent de la Mission de la Trinité-et-Tobago  
auprès des Nations Unies à New York

**MEMBRES :**

M. K. Amissah-Arthur, Ghana, Secrétaire adjoint, Ministère des Finances et de la  
Planification économique  
Mme Y. Aissatou, Cameroun, Ministère des Affaires sociales et de la Femme  
M. D. Berk, Banque mondiale  
M. E. Douglas, Jamaïque, Ministre de la Santé  
Mme M. Gadreau, France, Professeur à l'Université de Dijon  
Dr (Mme) N. Hahn, Fonds international de Développement agricole  
Dr I. Kamel, Egypte, Président Directeur général de Kamel Corporation  
M. P. Mocumbi, Mozambique, Ministre des Affaires étrangères  
Mme M. Walsh, ONG, Women's World Banking  
Dr M. Yunus, Bangladesh, Directeur général, Grameen Bank

**INTERVENANTS :**

Professeur (Mme) B. Awe, Comité d'orientation international du forum  
Mme C. Mkwanzani, Equipe interpays du Zimbabwe

**Groupe sur l'alphabétisation fonctionnelle comme moyen d'habilitation**

**PRESIDENT :**

M. P. Busquin, Ministre de la Santé, Belgique

**MEMBRES :**

Dr S. Al Abdel Razak, Koweït, Conseiller, Mission permanente (Genève)  
Mme M. Haslegrave, ONG, Fédération internationale des Femmes de Carrières libérales et  
commerciales  
Dr (Mme) V. Lawson, Bénin, Ministre de la Santé

Mme A. A. B. Poole, Royaume-Uni, Chief Nursing Officer  
Dr M. Sherif, Egypte, Ministre des collectivités locales  
Mme D. Singh, Népal, Présidente fondatrice de Nepal's Women's Sangha  
M. A. L. Thoahlane, Lesotho, Ministre des Finances  
Mme Vida Yeboah, Ghana, Secrétaire adjointe du Conseil national de Défense provisoire chargée de l'Education

#### INTERVENANTS :

Mme J. Kadandara, Zimbabwe, Comité d'orientation international du forum  
M. R. Mettle-Nunoo, Ghana, Comité d'orientation international du forum  
Dr R. Thapa, MCH/OMS/Siège

#### *Visites de terrain*

A l'issue du forum international, des visites de terrain ont été organisées à l'intention des participants sur les lieux des projets. La presse, la radio et la télévision locales et internationales ont été invitées à rendre compte du forum. Le Gouvernement ghanéen a préparé des visites de terrain concernant divers projets à leur intention, et plusieurs conférences de presse et interviews ont été organisés.

### **RESUME DES DISCUSSIONS**

#### **La notion de vulnérabilité et l'état de santé des groupes vulnérables comme indicateur du développement**

La notion de vulnérabilité et l'état de santé des groupes vulnérables ont fait l'objet de la première table ronde qui a suivi les exposés de base de Mme Rawlings et de Mme Mubarak. Les membres du groupe ont souligné que la vulnérabilité résulte de plusieurs facteurs, notamment un état de santé médiocre, un niveau insuffisant de connaissances, d'informations et de compétences, un pouvoir d'achat et un revenu trop faibles ainsi qu'un accès inadéquat aux services de base. Les participants ont estimé que ces facteurs favorisent une forte vulnérabilité, ce qui se traduit par un état d'impuissance et par l'impossibilité d'accéder aux ressources.

Il est apparu pendant la discussion que les facteurs de la vulnérabilité ne pourraient être pris isolément mais qu'ils se conjuguent et se renforcent constamment les uns les autres en perpétuant des situations comme la faible productivité et la marginalisation sociale. La stratégie de développement qui vise à transformer les groupes vulnérables en les faisant accéder à un meilleur niveau de développement humain devra donc agir simultanément sur l'ensemble des principaux facteurs de vulnérabilité.

Il a tout spécialement été question des femmes qui constituent un groupe particulièrement vulnérable. Les femmes qui représentent numériquement le groupe le plus important des prestataires de tous les types de soins de santé partout dans le monde et qui apportent une

contribution indispensable au développement économique sont souvent les premières victimes en période d'ajustement économique et les dernières à bénéficier du développement.

On a évoqué des exemples de la situation désavantagée des femmes partout dans le monde de son influence sur leur état de santé. Les femmes dans les pays en développement produisent 70 % des vivres mais doivent encore faire face à des taux élevés d'anémie, de malnutrition et de mortalité liée à la grossesse et à l'accouchement. Plusieurs membres du groupe ont fait observer que si dans les pays développés les femmes vivent parfois plus longtemps que les hommes, la qualité de la vie est affectée par des taux élevés de maladies chroniques, d'incapacités, de veuvage, de solitude et de pauvreté.

Le vieillissement est cependant un problème en forte croissance dans les pays en développement et il importe de lui vouer une attention suffisante d'ores et déjà pour éviter les erreurs qui ont souvent été commises par les pays industrialisés. La contribution que les personnes âgées peuvent apporter et leur sentiment d'appartenir à la communauté constituent des éléments positifs dans de nombreux pays en développement. Toute stratégie concernant les populations vieillissantes devra s'attacher à les préserver.

Les participants ont estimé que la vulnérabilité croissante prenait des proportions inquiétantes et se manifestait par un médiocre état de santé. On a relevé que si par son ampleur et sa gravité, la vulnérabilité frappe surtout les pays en développement, on la retrouve dans toutes les sociétés quelque soit le niveau de développement économique. Il a été recommandé que chaque société repère ses groupes les plus vulnérables et établisse un profil de vulnérabilité.

Les participants ont convenu qu'un état de santé médiocre est l'aboutissement de toute une série de facteurs socio-économiques qui se conjuguent. Le fait que l'état de santé soit le produit de facteurs plurisectoriels permet de découvrir rapidement les facteurs de vulnérabilité qui contribuent à un état de santé médiocre en utilisant des indicateurs de l'état de santé comme point d'entrée en matière de vulnérabilité. De même, l'état de santé est apparu comme le meilleur point de sortie d'un facteur de vulnérabilité puisqu'une amélioration significative de l'état de santé indique que d'autres facteurs de vulnérabilité, qu'il s'agisse de l'analphabétisme, de la pauvreté ou de l'impuissance, ont également été surmontés.

Des expériences de pays ont été présentées sur l'emploi d'indicateurs spécifiques de la santé, le processus utilisé pour recueillir des données sur les indicateurs et la rétroinformation. D'autres exemples ont été fournis sur les efforts faits pour réduire la vulnérabilité en améliorant l'accès aux services par des réformes structurelles et par la décentralisation, en associant ainsi étroitement les usagers à la prise de décision. Les exemples évoqués provenaient de pays industrialisés et de pays en développement.

La participation de la population à la prise de décision a été jugée déterminante pour la protection de la santé et de la qualité de la vie par la population, même en temps de crise. S'il est important de fournir des services de base et de veiller à les rendre accessibles, l'engagement de la population des groupes vulnérables, s'impose pour que ces services soient judicieusement utilisés. On a insisté sur l'habilitation politique des groupes vulnérables, notamment en ce qui concerne les femmes et la condition féminine.

A l'issue de la discussion, on a retenu les points suivants. Dans toute société, la vulnérabilité qui résulte du développement se reflète par un état de santé médiocre. Pour privilégier les politiques et stratégies de développement propres à réduire la vulnérabilité, les pays et la communauté internationale doivent définir et utiliser des indicateurs critiques de l'état de santé qui permettent de surveiller et d'évaluer la qualité du développement.

Les groupes vulnérables sont le miroir de la société et reflètent les aspects les plus significatifs de la santé et du bien-être. L'état de santé des groupes vulnérables étant l'indicateur le plus révélateur du développement, chaque pays devrait établir des profils de ses groupes vulnérables avant chaque cycle de planification en se référant à l'état de santé comme indicateur critique du développement. On pourrait ainsi déterminer plus facilement les mesures à prendre par tous les secteurs concernés pour réduire la vulnérabilité.

### **Entreprises économiques viables : La santé et le rôle des établissements financiers**

L'exposé de base a été présenté par Mme Babangida qui a soulevé une série de questions à traiter. La discussion a donc surtout porté sur la notion de conditionnalité de la santé tant au niveau national qu'au niveau des communautés. De nombreux participants ont évoqué la poursuite de la crise économique dans les pays et les effets des mesures d'austérité, surtout sur les groupes sociaux les plus faibles qui souffrent le plus. Un des effets les plus largement ressentis était la réduction des dépenses publiques qui entraîne une diminution significative des services de base, notamment des services de santé. Dans certains pays, l'introduction de systèmes de recouvrement des coûts a empêché les groupes sociaux les plus pauvres d'utiliser les services de santé, même si les coûts étaient très faibles. Dans certains cas, on a même assisté à une dégradation de l'état de santé.

Outre la paupérisation, on a également évoqué la dégradation des services de santé parmi les principales raisons de l'incapacité à faire face ou à endiguer les grandes épidémies dans certains pays. Les représentants des grandes organisations multilatérales de crédit ont expliqué l'orientation récemment donnée à leurs opérations pour tenir compte des besoins des groupes vulnérables, ainsi que les efforts faits pour réduire la pauvreté dans le monde en adoptant des stratégies de lutte contre la pauvreté notamment dans les pays en développement.

On a fait valoir que la pauvreté et l'insuffisance du pouvoir d'achat étaient parmi les principaux facteurs de vulnérabilité. Parallèlement, les participants ont souligné que la majorité des pauvres présentaient des taux de remboursement de 90 % ou plus et que le crédit représentait un moyen essentiel de donner aux pauvres et aux désavantagés les moyens d'améliorer leur sort.

C'est dans ce contexte que la conditionnalité de la santé pour les établissements de crédit a été examinée comme un moyen indispensable de protection de la santé et de la qualité de la vie des groupes sociaux les plus vulnérables. Les établissements de crédit doivent élargir leurs horizons pour que la santé et la qualité de la vie n'aient pas à souffrir de la conditionnalité économique. Au niveau local, de nombreux exemples ont été donnés de crédits et de prêts spécifiquement destinés aux pauvres. Ils illustrent parfois la capacité d'employer ces fonds avec une certaine souplesse, par exemple pour améliorer les conditions de logement des groupes

défavorisés. D'autres crédits et prêts concernent la fourniture de services de base, par exemple en matière d'assainissement et d'approvisionnement en eau saine.

La multiplication des établissements bancaires dans les pays en développement qui favorisent la création de microentreprises et axent leurs activités sur des groupes de population particuliers, comme les femmes, a souvent été couronnée de succès, les établissements concernés étant restés indépendants et ayant limité au maximum les procédures bureaucratiques. Leurs objectifs sont pourtant bien précis, et souvent liés à la création d'entreprises profitables.

Si certaines des banques prospères se montrent peu attirées par l'idée de conditionnalité de la santé dans les crédits consentis à la population rurale pauvre, c'est parce qu'elles craignent que cette conditionnalité soit considérée comme une charge supplémentaire pour les groupes vulnérables ou qu'elle les pénalise pour la médiocrité de leur état de santé. Certains participants ont fait observer que la conditionnalité de la santé tenait en fait du scénario inverse en ce sens qu'elle imposait une condition aux établissements de crédits eux-mêmes qui devaient élargir leurs horizons pour tenir compte des besoins des groupes les plus vulnérables en matière de santé dans leurs opérations de crédit. En outre, cette conditionnalité encourageait les emprunteurs exposés aux risques sanitaires ou en mauvaise santé à devenir plus autonomes et à se charger de l'amélioration de leur propre santé. Les établissements de crédit auraient ainsi à élargir leur mandat pour consentir des crédits aux groupes vulnérables en leur offrant un module d'activités de soutien, par exemple en matière de formation, de technologie et de facteurs de production; Cela serait important pour transformer les conditions économiques des groupes vulnérables, réduire les risques sanitaires auxquels ils sont exposés et, en fin de compte, améliorer leur santé et leur qualité de vie. Pour certains organismes, il s'agissait là plus d'une question à "additionnalité" que de "conditionnalité".

On a évoqué des exemples de pays industrialisés en faisant observer que certains bénéficiaires de l'assistance sociale utilisaient l'appui financier qui leur était donné pour acheter de la drogue ou s'adonner à des comportements néfastes pour la santé. On a suggéré que les mécanismes susmentionnés pourraient aider des groupes vulnérables comme les jeunes chômeurs ou ceux qui adoptent des comportements destructeurs, comme la toxicomanie, à se sortir de leur état de vulnérabilité économique et, parallèlement, à solliciter un appui pour surmonter certains de leurs problèmes de santé et adopter des modes de vie plus sains.

Les participants se sont demandés si cette conditionnalité de la santé valait uniquement pour les pauvres et les autres groupes vulnérables ou si on pouvait l'envisager dans un contexte plus large où elle s'appliquerait à tous les groupes sociaux. En fait, elle s'applique non seulement à l'emprunteur mais aussi aux entreprises qui déterminent si des activités sont néfastes ou non pour la santé.

De nombreux participants ont fait part des efforts modestes accomplis avec les organismes au niveau communautaire. Mais les ressources financières insuffisantes dont pouvaient bénéficier ces efforts et la rigidité des établissements financiers existants et des garanties exigées entravaient le processus. Certains s'inquiétaient de ce que les banques, les établissements financiers et les organisations ne soient pas très désireux d'envisager de nouveaux mécanismes de crédit destinés à la fois aux activités économiques et à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de la vie sur la base de critères sanitaires. Les crédits permettraient d'appuyer des projets simples mais économiquement viables.

S'il était impossible d'agir dans le cadre des établissements financiers existants, il a été proposé de mettre sur pied un établissement financier indépendant qui consentirait des crédits aux pauvres et aux désavantagés et interviendrait par l'intermédiaire des banques nationales et locales. Cette solution serait peut-être plus facile à appliquer. L'établissement devrait à la fois améliorer la situation économique et favoriser la santé et le bien-être. Plusieurs scénarios ont été avancés par exemple celui de la création d'un fonds mondial de solidarité.

Beaucoup de propositions ont été exposées mais on a reconnu qu'il fallait toujours les approfondir et envisager les différentes options. Il faudrait également veiller à la coordination entre l'ensemble des organismes qui octroient des crédits et d'autres formes d'aide.

La conditionnalité de la santé a également été envisagée dans un contexte plus large au niveau des politiques macro-économiques, de même que les préoccupations, concernant l'environnement. Les participants ont illustré de façon saisissante les conséquences indésirables pour la santé dues, par exemple, à des projets d'exploitation des ressources en eau exécutés sans prendre les mesures appropriées pour limiter les effets sur la santé alors même qu'ils étaient connus et qu'on disposait des techniques nécessaires pour les atténuer ou les éviter. Un gros effort doit donc être fourni pour préciser ce qui arrive lorsqu'on fait abstraction des considérations de santé au début d'un projet de développement économique, afin d'essayer de déboucher sur une position plus générale sur ces questions.

Les idées avancées, souvent nouvelles, étaient suffisamment stimulantes pour justifier la constitution d'un petit groupe de personnalités éminentes, dont certains participants du forum international, qui suivraient ensemble certaines des propositions tendant à aboutir à des stratégies applicables au niveau mondial. L'engagement exprimé par les participants montre que l'élan imprimé au processus peut aboutir à des actions concrètes.

### **L'alphabetisation fonctionnelle comme moyen d'habilitation**

L'exposé de base de Mme Mugabe concernait différents aspects de l'alphabetisation fonctionnelle qui est un problème mondial intéressant tous les pays. Compte tenu du manque de ressources dans le monde entier, aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, l'alphabetisation fonctionnelle a été considérée comme offrant l'un des moyens les plus efficaces de tirer le maximum des maigres ressources financières disponibles.

Au cours de la discussion qui a suivi, le problème de l'alphabetisation fonctionnelle a été abordé dans son contexte le plus large et les participants ont présenté l'analphabétisme fonctionnel tel qu'il existe dans toutes les sociétés. Le manque de compétences et de capacités de base nécessaires pour utiliser les connaissances et les informations disponibles contribue à cette situation de grande vulnérabilité.

Le lien bien connu qui existe entre l'éducation des femmes et l'amélioration des indicateurs de la santé, notamment la réduction de la mortalité infantile et juvénile, a été réaffirmé. Plusieurs participants ont tout spécialement mis l'accent sur la nécessité d'accélérer d'urgence l'alphabetisation de base des femmes pour améliorer l'initiative personnelle en matière de santé,

les soins à la famille, la façon d'élever les enfants, l'amélioration de l'autonomie et l'amélioration de la condition féminine en general au foyer et dans la communauté. Les discussions ont franchi un pas de plus en considérant l'alphabétisation fonctionnelle des femmes comme un moyen d'habilitation et un lien déterminant permettant de renforcer la capacité des femmes d'accroître leur revenu et d'utiliser ce revenu judicieusement pour améliorer leur niveau de vie et leur qualité de vie.

S'il a généralement été admis que l'éducation fonctionnelle s'impose d'urgence, surtout dans les sociétés où l'analphabétisme de base est très répandu - c'est-à-dire l'incapacité de lire, d'écrire et de compter dans une langue locale - on a évoqué de nombreux exemples de pays industrialisés et en développement dans lesquels l'analphabétisme résulte de situations où les groupes n'ont plus les capacités fondamentales et les compétences nécessaires pour faire face aux facteurs de vulnérabilité auxquels ils sont confrontés. Parallèlement, il se peut que les facteurs de vulnérabilité évoluent eux-mêmes constamment à la suite du développement, de l'évolution des modes de vie et des systèmes de valeurs et de l'apparition de techniques qui nécessitent un nouvel ensemble de compétences.

On a évoqué le cas de pays dont la population est fortement alphabétisée mais qui comptent néanmoins un nombre considérable d'analphabètes fonctionnels. Cet analphabétisme se manifeste par des modes de vie inappropriés, une augmentation spectaculaire des cancers liés au régime alimentaire, et l'adoption d'habitudes telles que la consommation de tabac, d'alcool et de drogues.

A cet égard, les participants ont estimé que les besoins spécifiques en matière d'alphabétisation et d'éducation fonctionnelles doivent être soulignés lorsqu'on définit les groupes vulnérables et qu'on dégage leur profil aux fins de la planification et du développement. On a par ailleurs souligné qu'il fallait adopter une stratégie de formation continue. Cette formation continue viserait à accroître l'alphabétisation sanitaire et économique des groupes vulnérables et leur capacité de faire face aux nouvelles formes de vulnérabilité dans un monde qui évolue rapidement.

L'alphabétisation fonctionnelle a été considérée comme un moyen d'habilitation car elle favorise le changement de comportement et inculque des habitudes accordant davantage de valeur à la santé et facilitant l'adoption de comportements plus responsables. Le défi consiste à mieux utiliser l'éducation fonctionnelle pour permettre aux gens de faire face à de nouvelles formes de vulnérabilité comme la pandémie de SIDA auquel le monde entier est exposé, quel que soit le niveau d'instruction.

Les messages pertinents à incorporer à l'alphabétisation fonctionnelle supposent une approche plurisectorielle et, par conséquent, la création de moyens institutionnels appropriés. Les formes d'organisation et la coordination des programmes d'alphabétisation fonctionnelle varieront d'une situation et d'un pays à l'autre. Les participants ont donné l'exemple de conseils créés à cette fin pour veiller aux modalités de coordination voulues.

Les universités et les autres établissements de formation jouent un rôle car ils fournissent des services de formation à ceux qui souhaitent améliorer leurs connaissances pratiques et leurs compétences. Ces programmes sont établis en fonction des besoins et fournis en dehors des programmes ordinaires pour que la population active puisse en profiter.



Plusieurs organisations non gouvernementales qui s'intéressent à l'éducation fonctionnelle se sont dit favorables à l'ensemble des concepts examinés. On a estimé que ces organisations et d'autres organisations du même type pourraient être davantage mobilisées et devenir des acteurs clés chargés de concevoir et d'appliquer des programmes d'alphabétisation fonctionnelle, surtout au niveau communautaire pour améliorer les compétences d'alphabétisation sanitaire et économique de la plupart des groupes vulnérables dans les communautés.

**Nous tenons à remercier la Carnegie Corporation, Dar El-Maal El-Islami, le Centre de Recherche pour le Développement International (Canada), Dr Ibrahim Kamel, la Rockefeller Foundation, le Programme des Nations-Unies pour le Développement ainsi que d'autres donateurs qui préfèrent garder l'anonymat, pour leur généreuse contribution qui a permis la publication du document de base ainsi que la participation des pays en développement, au Forum International.**

**= = =**